

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930. — N° 73

LES
COXOPATHIES HYSTÉRIQUES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Samedi 21 décembre 1929

PAR

Jean-Charles BOUTAREAU

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à **BRANTOME** (Dordogne), le 16 septembre 1904.

Examineurs de la Thèse	{	MM ROCHER, professeur	Président.
		DUVERGEY, professeur	{ Juges.
		JEANNENEY, agrégé.....	
		LOUBAT, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1929



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548418_0042

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930. — N° 73

LES
COXOPATHIES HYSTÉRIQUES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Samedi 21 décembre 1929

PAR

Jean-Charles BOUTAREAU

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à BRANTOME (Dordogne), le 16 septembre 1904.

Examineurs de la Thèse	{	MM ROCHER, professeur	<i>Président.</i>
		DUVERGEY, professeur	{ <i>Juges.</i>
		JEANNENEY, agrégé.....	
		LOUBAT, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH,
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS :

MM.	MM.
Clinique médicale	Zoologie et parasitologie
id.	Médecine expérimentale
Clinique chirurgicale	Clinique ophtalmologique
id.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie
Pathologie et thérapeutiques générales	Clinique gynécologique
Clinique d'accouchements	Clinique méd. des maladies des enfants
Anatomie pathol. et microscopie clinique	Chimie biologique et médicale
Anatomie	Physique médicale et pharmaceutique
Anatomie générale et histologie	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques
Physiologie	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques
Hygiène	Clinique des maladies des voies urinaires
Médecine légale et dentologie	Clinique des malad. nerveuses et mentales
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie
Chimie	Toxicologie et hygiène appliquée
Potanique et matière médicale	Hydrologie thérapeutique et climatologie
Pharmacie	

MM. DELAUNAY (Physiologie). MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie	Chirurgie générale
Histologie	id.
Anatomie pathologique	id.
Parasitologie et sciences naturelles	id.
Médecine générale	Obstétrique
id.	id.
id.	Ophtalmologie
id.	Dermatologie et syphiligraphie
Maladies mentales	Pharmacie

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Clinique dentaire	Puériculture
Médecine opératoire	Démonstrations et préparations pharmac.
Accouchements	Pharmacie chimique
Ophtalmologie	Zoologie et parasitologie

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle. GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE — A MA MÈRE

Modeste témoignage de ma grande
reconnaissance et de ma profonde affec-
tion.

A MA GRAND'MÈRE

A MA SOEUR — A MON BEAU-FRÈRE

A MON FRÈRE

A TOUS MES PARENTS

AU DOCTEUR ANDRÉ DEVILLARD

*Maire de Brantôme,
Vice-Président du Conseil général de la Dordogne,
Officier de la Légion d'honneur.*

A MESSIEURS CUGINAUD, DUMAZET ET ROY

Respectueux hommage.

AU DOCTEUR G. ROUDIL

*Chef adjoint de Clinique chirurgicale infantile et orthopédie,
Ancien médecin de la Marine.*

Avec nos sincères remerciements pour
les conseils amicaux qu'il nous a pro-
digués et l'aide précieuse qu'il nous a
apportée dans la conduite de ce travail.

A MES AMIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BRUGÈRE

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier d'Académie.*

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A MES JUGES

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR H.-L. ROCHER

*Professeur de Clinique chirurgicale infantile et orthopédie,
Membre des Sociétés française et italienne d'orthopédie,
Chirurgien de l'Hôpital des Enfants,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

MON CHER MAÎTRE,

Veuillez trouver ici l'expression de
notre profonde gratitude pour nous avoir
inspiré ce travail et avoir voulu en
accepter la présidence.

LES

COXOPATHIES HYSTÉRIQUES

INTRODUCTION

Il fut un temps, pas bien lointain, où chaque service hospitalier possédait quelques malades atteints de symptômes morbides que l'on rattachait à l'hystérie. C'était une maladie fréquente pour laquelle se passionnaient les milieux médicaux et philosophiques. On était à l'époque où des savants venaient de bien loin pour entendre les leçons de Charcot à la Salpêtrière; l'hystérie était à la mode et on ne manquait pas de sujets pour en étudier les manifestations; il y avait des « épidémies d'hystérie ».

Puis, à la suite des travaux de Babinski, on reconnut que les syndromes hystériques étaient dus en partie à la suggestion, à l'auto-suggestion. L'hystérique devint alors le « pithiatique ». Bon nombre de médecins, exagérant les doctrines d'alors, le traitèrent de simulateur; c'était un individu peu intéressant et qu'on laissait de côté. Les épidémies d'hystérie disparurent alors, et l'on n'observa plus cette contagiosité des accidents dans une même salle, si fréquente autrefois.

C'est que, en effet, l'hystérique est un malade qui a besoin qu'on s'occupe de lui. Selon les idées modernes sur ce névro-

pathe, c'est un vaniteux qui a la vanité du pathologique. Sa psychologie est essentiellement caractérisée par « un égotisme spécial servi par une complaisance corporelle native et particulière ». La suggestion de l'exemple, l'intérêt exagéré qu'il se porte à lui-même et qui demande l'intérêt de l'entourage, le font simuler inconsciemment un syndrome morbide quelconque : suggestibilité particulière et désir, inconscient de se rendre intéressant caractérisent l'état mental du pithiatique.

Puisque l'hystérique apparaissait moins intéressant, puisque la suggestion de l'exemple se faisait moins fréquente, les accidents pithiatiques allaient devenir de plus en plus rares. C'est ainsi que, actuellement, les services de neuropsychiatrie ne voient plus souvent ces malades, alors que, jadis, ils en étaient encombrés. De l'avis des cliniciens, l'hystérie s'est réfugiée dans les milieux militaires et chez les accidentés du travail, entretenue par le désir inconscient d'une pension.

Les contractures hystériques ont subi la même évolution que les autres syndromes réalisés par cette névrose. Pourtant, parmi ces contractures, la « coxopathie hystérique » (Rocher) est une de celles que l'on rencontre le plus souvent, sans doute parce que la vraie coxalgie frappe plus facilement que tout autre syndrome morbide l'esprit du « vulgaire », en raison de la démarche spéciale qu'elle entraîne, de la longue immobilisation qu'elle nécessite, de la sympathie que l'on porte aux malades qui en sont atteints.

Nous adopterons, pour désigner cette affection, le terme de *coxopathie* proposé par M. le professeur Rocher, plus propre que le mot coxalgie car les contractures pithiatiques ne sont pas fatalement douloureuses; d'autre part, le terme *coxalgie* est consacré aux manifestations tuberculeuses de l'articulation coxo-fémorale.

Quant au terme de pseudo-coxalgie, nous estimons, avec M. le professeur Ombredanne, qu'il vaut mieux ne pas l'utiliser, car, comme il l'a tout récemment si bien expliqué, le préfixe *pseudo* n'a aucune valeur scientifique.

LES CONTRACTURES HYSTÉRIQUES

Les contractures sont des manifestations relativement fréquentes de l'hystérie pouvant exister indépendamment de tout autre phénomène pithiatique et constituer à elles seules une affection bien déterminée.

Objectivement, rien ne les distingue des contractures volontaires. L'attitude que prennent les membres ne diffère en rien des attitudes qui peuvent être prises volontairement, on retrouve les mêmes plis de la peau, les mêmes fossettes. Se manifestant indifféremment sur toutes les régions du corps, intéressant soit un muscle, soit un segment de membre, un membre ou même une partie plus importante du corps, aucune considération nerveuse topographique ne pourra faire soupçonner leur nature. On ne leur reconnaît aucune influence sur l'état général.

L'hystérie étant une maladie purement psychique, c'est à l'état mental particulier de l'hystérique, à son aptitude mythoplastique, c'est-à-dire de simulation inconsciente d'une affection organique, que nous rattachons aujourd'hui la véritable cause de toutes ses manifestations.

Pitres pensait que la contracture pithiatique pouvait être un phénomène d'hétéro-suggestion. Il est parfois difficile de savoir s'il s'agit d'auto ou d'hétéro-suggestion, et toutes deux peuvent s'associer chez un même malade. Si nous cherchons dans l'entourage d'un sujet atteint de contracture hystérique, nous trouverons fréquemment le mobile qui l'a inspiré et dont il est le simulateur inconscient.

Quel rôle devons-nous attribuer à l'émotion et au traumatisme que nous trouvons si souvent à l'origine de ces manifestations?

Pour Babinski et Dagnan Bouveret, l'*émotion* joue le rôle de cause prédisposante en préparant le terrain à la suggestion; c'est le cas le plus fréquent, mais une émotion d'intensité moyenne peut aussi être cause occasionnelle et créer d'emblée une contracture pithiatique. Quant aux émotions trop intenses, elles ne peuvent être invoquées; « quand une émotion sincère, profonde, secoue l'âme humaine, il n'y a plus de place pour l'hystérie » (Babinski).

Bien plus important encore est le rôle joué par le *traumatisme*. Assez fréquemment nous le retrouvons dans les antécédents de ces malades et chaque fois il est une cause d'erreur en orientant notre diagnostic sur une affection purement organique. Le mode d'apparition de la contracture, ses caractères, nous permettront de conclure si nous devons la rattacher au pithiatisme ou au traumatisme. Si ce dernier peut être à l'origine de la contracture pithiatique, il ne la crée pas. Il joue le rôle de cause occasionnelle à l'égard du trouble hystérique, « il révèle, sensibilise l'aptitude psychopathique latente » et « cristallise dans ce milieu psychique, si particulier, l'état fonctionnel anormal » (Rocher).

« On ne doit point oublier que les souffrances, par leur persistance, engendrent un état mental particulier avec anxiété, c'est-à-dire avec émotion continue et aptitude à souffrir. Il convient de savoir qu'à des troubles moteurs organiques de toute nature peut se surajouter un élément psychique; il peut en être ainsi par exemple, dans l'hémiplégie et dans la paralysie organique, dans la coxalgie. » Cet élément psychique, c'est l'intérêt démesuré que le malade porte à sa souffrance ou à son mal, la satisfaction plus ou moins consciente d'être un sujet d'étude, de sentir qu'on s'apitoie sur lui. C'est ainsi que l'on fait disparaître un grand nombre des accidents hystériques en isolant le sujet de son milieu habituel et en lui montrant clairement qu'on ne le prend pas pour un malade.

On a posé en règle le *début brusque* de la contracture pithiatique, mais les exceptions à cette règle sont trop nombreuses. Cependant, le cas est possible d'une contracture survenant

immédiatement après un choc; le diagnostic est alors facile. Nous devons admettre que dans la majorité des cas il est rapide, comme le montrent nos observations.

Le caractère principal de la contracture pithiatique est son intensité. La rigidité peut être extrême et inviolable dès son début et se distingue ainsi de la rigidité de la contracture de cause organique qu'on peut généralement vaincre au moins partiellement. On a l'impression, en essayant de vaincre cette contracture, qu'on a affaire à une contraction-volontaire. Elle peut entraîner des déformations excessives qu'il est rare, pour ne pas dire impossible, de rencontrer en tout autre cas. Les attitudes que prend la région intéressée sont accentuées, vicieuses et paradoxales, ce qui les différencie souvent des autres attitudes dues à une contracture organique.

Contrairement à ce qui se passe dans celles-ci, les masses musculaires intéressées ne subissent pas d'atrophie. A la longue, l'immobilisation peut en entraîner de légères, mais alors l'interprétation est facile. L'erreur possible viendra de ce que la contracture hystérique coexistera avec une lésion organique. Il sera alors difficile de la reconnaître et de faire la part qui revient à chacune de ces contractures de natures différentes. Nous étudierons dans un chapitre spécial la coexistence d'une maladie organique et d'un syndrome pithiatique surajouté sous le nom d'« hystérie coorganique ».

La douleur est aussi un caractère important des contractures hystériques pures. Alors que dans les contractures organiques nous trouvons des douleurs bien fixes, précises, proportionnées à la lésion et explicables anatomiquement, dans les contractures pithiatiques les douleurs sont changeantes, et parfois, pendant l'examen même du malade, nous pouvons trouver des variations, créer par suggestion de nouveaux points qui pourront rester réellement douloureux.

Ces douleurs ne répondent pas davantage en intensité à la lésion organique qu'on pourrait supposer. Elles sont généralement très vives, faisant crier le malade au moindre attonchement, soit plus souvent au moindre essai de mobilisation.

A ces douleurs constantes ou provoquées viennent s'ajouter dans toute la région de la contracture, la dépassant même souvent, des troubles de la sensibilité cutanée, soit hyperesthésie, soit le plus souvent analgésie complète, et ne correspondant à aucune topographie radiculaire ou tronculaire.

De tous les caractères des contractures hystériques, ces troubles sensitifs sont les plus constants; malheureusement, ils appartiennent à bien d'autres affections. S'ils sont un facteur important du diagnostic, ils ne sont pas pathognomoniques.

Autrefois, on considérait que certaines contractures hystériques pouvaient s'accompagner d'exagération des réflexes tendineux, de clonus du pied et de la rotule. Babinski a montré que « c'est pour avoir méconnu toute la gamme des réflexes tendineux à l'état physiologique que l'on a pu penser que l'hystérie en général, la contracture hystérique en particulier, pouvaient exagérer les réflexes ». De plus, il faudra se souvenir que pour bien apprécier un réflexe, le membre doit être en résolution musculaire complète, ce qui n'est pas le cas dans la contracture hystérique.

Quant aux stigmates de l'hystérie (anesthésies diverses, rétrécissement du champ visuel, abolition du réflexe nauséeux, etc., etc...), certains cliniciens leur reconnaissent une réelle importance dans le diagnostic de l'hystérie sous toutes ses formes. Mais il faut se souvenir qu'un examen mal conduit peut faire apparaître des troubles sensitifs chez un sujet prédisposé à faire des accidents hystériques, mais cela n'implique pas que les accidents dont on est appelé à déterminer la nature soient également hystériques. Il est permis à un hystérique d'avoir une lésion organique, et il présentera alors des troubles sensitifs pithiatiques superposés; des faits semblables ont été fréquemment observés pendant la guerre.

C'est donc, non sur la présence desdits stigmates, mais sur la présence ou l'absence de certains phénomènes objectifs intrinsèques, que le diagnostic de contracture hystérique peut être établi. Le caractère essentiel qui leur est commun avec tous les autres phénomènes pithiatiques est d'être susceptible

de guérir très rapidement par persuasion ou contre suggestion.

Parmi les contractures des muscles, il en est une qui, par sa fréquence relative et les erreurs de diagnostic auxquelles elle peut conduire si l'on est insuffisamment prévenu, doit être mentionnée spécialement : c'est la coxopathie hystérique.

L'HYSTÉRIE COORGANIQUE

A côté des cas cliniques où l'hystérie est toute la maladie, c'est-à-dire où la contracture est due uniquement à la névrose, il en est d'autres où les manifestations pithiatiques sont seulement surajoutées à une lésion organique. Il s'agit alors d'une affection quelconque évoluant sur un terrain spécial, et ce terrain communique à cette affection une physionomie clinique particulière. « Il n'est guère de maladie organique — nerveuse ou viscérale, générale ou locale — qui, survenant chez un sujet constitutionnellement prédisposé aux accidents hystériques et porteur de la mentalité suggestible qui leur est propre, ne puisse amplifier, selon un coefficient plus ou moins important, les symptômes légitimes auxquels elle donne lieu en se combinant à des manifestations pithiatiques. » (Hesnard, *Les syndromes névropathiques*). On est alors en présence de l'hystérie coorganique, ainsi que l'a dénommée M. le professeur Verger. Lorsque l'on recherche soigneusement chez un malade la cause de la localisation d'un syndrome hystérique, contracture ou autre, on retrouve souvent une épine organique.

Toutes les impotences traumatiques peuvent inciter à la surcharge pithiatique chez un prédisposé. M. le docteur Hesnard rapporte dans l'ouvrage cité plus haut plusieurs cas de ce genre : un sous-officier, à la suite d'une chute de cheval, se fracture une apophyse transverse lombaire ; après guérison, il fait, à la suite d'un choc affectif intense, des troubles du type astasie-abasie, que le traitement psychothérapique améliore, mais ne guérit pas. Une radio de la hanche montre l'existence d'une ostéo-arthrite tuberculeuse au début.

Un soldat, à la suite d'une hydarthrose du genou, présente une contracture en extension qui guérit par le traitement psychothérapique.

Une jeune fille est atteinte de contracture douloureuse de la hanche, disparaissant sous l'anesthésie, et accompagnée d'anesthésie segmentaire. Quelques signes cliniques font cependant penser à une arthrite gonococcique. La vaccinothérapie spécifique fait disparaître la douleur, mais non la contracture qui ne cédera que brusquement à la suite d'une nevaine.

Pour M. Hesnard, cette hystérie coorganique, cette « persévération fonctionnelle » après guérison de la lésion organique, auraient été fréquentes chez les blessés de guerre. « Ces syndromes d'attitude vicieuse, absolument illégitimes en apparence, étaient en réalité de simples exagérations fonctionnelles d'attitudes antalgiques qu'entretenait le désir inavoué et souvent inconscient de ne pas retourner au feu et d'obtenir une indemnité. »

On voit donc que le diagnostic d'une contracture du type hystérique est parfois très délicat : A-t-on affaire seulement à un syndrome névropathique ? ou bien derrière le syndrome névropathique n'y a-t-il par une épine organique ? Ce n'est que l'examen attentif et prolongé du malade, l'analyse minutieuse des symptômes, qui permettront d'avoir une opinion ferme. En pratique, il ne faudra poser le diagnostic d'hystérie que par exclusion, et on devra toujours se méfier du terrain organique sur lequel éclate fréquemment la névrose.

Et même Babinski et Froment ont décrit sous le nom de « troubles physiopathiques » des syndromes de paralysie et de contracture disparaissant incomplètement sous l'anesthésie et par la psychothérapie et s'accompagnant secondairement de signes organiques : troubles vaso-moteurs et thermiques locaux, atrophie, troubles légers des réactions électriques des muscles, troubles sécrétoires. Il y aurait là pour ces auteurs des « associations hystéro-réflexes... et l'organicité manifeste des troubles secondaires serait due à une hystérie grave inscrite dans les fonctions organiques en vertu d'un terrain physiologique spécial et sous l'influence favorisante d'une immobilisation particulièrement complète et prolongée ».

ÉTUDE CLINIQUE

Vouloir décrire un type immuable, *ne varietur*, de la « coxopathie hystérique » serait une erreur grossière. Bien au contraire, c'est une affection qui n'a d'autre règle que la fantaisie des malades et qui varie avec chacun d'eux. Comme l'a dit Broca : « Il n'y a pas un type de coxalgie hystérique, il n'y a pas deux malades qui se ressemblent. »

Ce que nous avons dit au sujet des contractures en général, nous pourrions le répéter à ce cas particulier. Ce qui nous intéresse ici, ce sont les caractères qui nous permettront de différencier la coxopathie pithiatique des affections organiques de la hanche, et principalement de la coxalgie tuberculeuse ; diagnostic utile, si l'on songe que bien des malades, qui pourraient être guéris par suggestion en quelques jours, risquent d'être immobilisés pendant des mois et des années dans des appareils.

I. — Début de la maladie.

Il est assez fréquent d'apprendre en interrogeant ces malades que le début des troubles, dont ils ont à se plaindre, remonte à un accident. Ils sont tombés, nous disent-ils, ou ont reçu un choc, mais ce n'est souvent que le lendemain, ou même plusieurs jours après, qu'ils ont commencé à boiter et à ressentir des douleurs.

D'autres fois, sans cause apparente, le malade, qui allait très bien la veille, a ressenti des douleurs au niveau de la hanche et rapidement s'est mis à boiter. C'est le cas de notre malade IV, mais nous savons qu'il n'est pas besoin de cause physique pour

occasionner une contracture hystérique, et qu'avant tout il faut placer l'imagination, l'impressionnabilité du malade. Il est fort probable que cette malade a été suggestionnée par la boiterie de sa cousine qu'elle a inconsciemment imitée.

Dans le cas d'une origine traumatique, nous éliminerons facilement le diagnostic de fracture par l'impotence fonctionnelle immédiate qu'elle détermine. Les luxations coxo-fémorales se reconnaîtront aisément à leurs déformations articulaires et à l'attitude du membre. Quant à l'arthrite aiguë, elle s'accompagne de réaction fébrile générale et de signes locaux (gonflement, œdème, rougeur, circulation collatérale veineuse, altérations ostéo-articulaires et modifications de l'interligne articulaire visibles aux rayons X).

Quelle que soit l'origine de cette manifestation pithiatique, son début est entièrement différent de celui de la coxalgie tuberculeuse. On est loin du début lent, insidieux, de celle-ci, des longues périodes de boiterie peu prononcée avec aggravation progressive. Les troubles douloureux et statiques de la coxopathie hystérique sont, dès leur apparition, assez intenses pour rendre la marche difficile, ce qu'une lésion tuberculeuse mettrait des mois à produire.

D'ailleurs, l'habitus du malade diffère de celui du vrai coxalgique; son facies respire la santé et contraste avec tous les autres symptômes. On ne rencontre aucun retentissement général : absence de fièvre, d'adénopathie iléo-inguinale, d'hypotrophie musculaire.

II. — Examen du malade debout.

Le malade se présente à nous avec une claudication prononcée, escamotant le pas du côté malade, plongeant de ce côté-là pour retomber lourdement sur le membre sain. Il présente en un mot, très nettement, le « signe du maquignon ». Rien dans cette démarche ne le différencie du vrai coxalgique.

Il n'en est pas toujours ainsi et la démarche pourra quelquefois orienter notre examen. Il arrive, en effet, de rencontrer de

ces malades ne sachant pas boiter et qui, au lieu de retomber sur le membre sain, prendront appui à chaque pas sur le membre malade; nous serons en présence du « signe du maquignon », mais à l'envers, ce qui ne se produit jamais dans la vraie coxalgie. Mais ce cas n'est pas fréquent; nous ne l'avons rencontré dans aucune de nos observations.

Si on fait arrêter le malade, il prend une position hanchée et repose sur son membre sain, ce qui entraîne une inclinaison du bassin et un raccourcissement apparent du membre malade. Dans les cas typiques, comme celui de l'observation IV, cette position est très accentuée et le pied du côté malade se trouvait à 7 centimètres au-dessus du sol. Ce n'est pas le seul fait que nous observions dans l'attitude immobile. Comme dans la coxalgie, nous pouvons remarquer que le membre malade prend une attitude anormale en abduction ou en adduction avec plus ou moins d'équinisme, attitude vicieuse pouvant ne *différer de celle de la coxalgie que par son exagération*. Nous reviendrons plus loin sur les vices de ces attitudes plus faciles à examiner dans la position couchée.

Donc, par l'examen du malade en marche, nous nous rendrons compte d'une boiterie exagérée et de l'attitude vicieuse du membre malade; exceptionnellement, nous aurons un faux signe du maquignon, ce qui éclairera bien plus notre diagnostic.

III. — Examen du malade couché.

a) CONTRACTURE.

Si nous faisons coucher notre malade, ce qui attire le plus notre attention, c'est la contracture par laquelle cette attitude se révèle dans toute son intensité, la contraction statique étant supprimée.

Cette contracture ne suit aucune règle; tantôt elle intéresse tous les muscles de la partie supérieure de la cuisse, tantôt s'étend à tout le membre inférieur, même au pied; elle peut même affecter les muscles pelviens.

Un caractère fréquent de cette contracture est d'être extrême dès le début de la maladie. Gilles de la Tourette avait insisté sur ce point et avait dit « qu'aucune maladie organique n'était capable de produire une contracture aussi intense » ; mais il arrive qu'elle peut être très peu prononcée, comme dans l'observation I. Notre malade peut exécuter sans raideur tous les mouvements de flexion.

Son caractère principal est son excentricité. La cuisse pourra, par rapport à la hanche, fléchir sur le bassin, alors que la jambe ne pourrait fléchir sur la cuisse. Nous pourrions même la mettre en défaut en distrayant le malade, par exemple, comme nous en rapportons le fait dans l'observation IV, où on a pu, par ce moyen, faire accomplir aux articulations de la hanche et du genou des mouvements de flexion, alors que toute tentative violente avait échoué.

Comme nous le disions plus haut, il faut tenir compte aussi du début de la contracture. Il diffère surtout de celui de la coxalgie tuberculeuse. Alors que, dans celle-ci, la contracture s'établit progressivement, dans la coxopathie hystérique, d'emblée elle prend la forme d'une lésion qui évolue depuis de nombreux mois.

La position que prend le membre contracturé est souvent paradoxale. Tandis qu'une arthrite, tuberculeuse surtout, provoque une contracture d'abord en abduction et rotation externe, puis en adduction et rotation interne, chez les hystériques, la position est fixe dès le début et ne variera pas.

Une attitude en abduction et rotation externe pourra se trouver à toutes les périodes de la maladie ; au lieu de la flexion habituelle dans les contractures d'origine organique, nous pourrions trouver le membre malade en extension.

L'ensellure lombaire compensatrice, lorsqu'on veut corriger une attitude en flexion d'un membre atteint de lésion organique, ne se produit pas chez les hystériques. Ils ignorent cette disposition particulière, ainsi que les compensations pelviennes et rachidiennes.

Il est assez rare de voir la contracture hystérique s'étendre

Boulareau

aux deux membres inférieurs à la fois, elle est ordinairement unilatérale; ceci s'explique assez facilement si l'on se souvient que l'on a affaire, dans la majorité des cas à des malades qui simulent inconsciemment un coxalgique vrai.

Enfin, la contracture hystérique peut disparaître pendant le sommeil naturel, mais les cas sont rares. Nous étudierons plus loin sa disparition sous anesthésie générale.

Par tous ces caractères, la contracture de la coxopathie hystérique est suffisamment différenciée pour nous faire reconnaître son origine. C'est précisément sur son atypicité que nous pourrions baser notre diagnostic.

| b) DOULEUR.

Si l'on peut trouver des coxopathies hystériques sans phénomènes douloureux, le diagnostic sera bien facile, car dans toutes les lésions organiques de la hanche, on les retrouve à des degrés différents. Mais, le plus souvent, la douleur existe et c'est elle qui décide le malade à consulter le médecin.

Elle est assez différente de la douleur de la vraie coxalgie. Dans la coxopathie pithiatique, c'est une douleur aiguë ne répondant à aucun point anatomique précis; elle est aussi vive si l'on comprime la tête fémorale ou si simplement on effleure les téguments; c'est une topoalgie segmentaire à territoire variable ne répondant à aucune topographie plexulaire ou tronculaire. Le contact des téguments, la recherche de la mobilisation produisent des douleurs de types tout à fait variables: impression de brûlures, de déchirements, de piqûres, d'élancements; le caprice est le maître de ces hyperesthésies et anesthésies.

Si elle affecte parfois des zones de prédilection, il est facile de prouver qu'elles ne sont pas constantes; il suffira de distraire le malade pour le mettre en contradiction avec lui-même d'un moment à l'autre. Tel point douloureux antérieurement ne l'est plus à un examen ultérieur.

Il n'y a aucun rapport entre l'intensité des souffrances et les

pressions exercées pour les provoquer. Alors qu'une pression forte ne provoquera que peu ou pas de réaction douloureuse, un simple frôlement fera pousser des cris au sujet. « Les grandes démonstrations ne sont pas toujours le fait de gens bien malades. »

Enfin, cette douleur ne correspond pas au degré de la lésion ; elle est paradoxale. Alors que les mouvements provoqués n'occasionnent pas de douleurs chez les vrais coxalgiques, lorsque tel ou tel mouvement atteint un certain degré d'amplitude, toujours le même chez l'hystérique, au contraire, la moindre tentative faite pour soulever le membre du plan du lit amène des souffrances atroces.

Le caractère plus constant de la douleur est son absence pendant le sommeil, particularité qui n'existe que très rarement dans les arthrites aiguës et même dans les coxalgies non immobilisées ; ce caractère n'est pas absolu. Par auto-suggestion, le malade peut accuser sa souffrance pendant la nuit et lui imputer la cause d'insomnie, d'origine purement psychique.

Il est assez rare de trouver de l'atrophie musculaire dans une coxopathie hystérique. Sa présence sera en faveur d'une lésion organique, surtout si cette atrophie est notable, nous ne pouvons en douter. Cependant, on peut trouver de l'atrophie musculaire chez des hystériques, soit que la contracture pithiatique se soit greffée sur une ancienne lésion organique, soit que cette atrophie provienne d'une immobilisation prolongée au lit ou dans un appareil plâtré.

La légère atrophie qui a été constatée à S... H... (Obs. I) pourrait trouver son explication dans la possibilité d'une lésion nerveuse concomitante (nerf crural ou sciatique). Il est plus logique d'admettre qu'elle est conditionnée par la mise au repos du membre, sa non-utilisation fonctionnelle, partielle ou totale, du fait des multiples traitements subis jusqu'alors. Ce que nous pouvons affirmer, c'est qu'elle ne vient pas directement de sa contracture pithiatique.

L'engorgement ganglionnaire, signe précoce et constant de la coxalgie tuberculeuse, n'existe pas dans la contracture hystérique.

c) TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ.

Pour compléter l'étude du malade, il est indispensable de rechercher les troubles objectifs de la sensibilité. On pourra trouver de l'hypo ou de l'hyperesthésie au contact, la première étant beaucoup plus fréquente, de l'analgésie à la piqûre ou au pincement, des modifications dans la perception de la chaleur ou du froid.

Ces troubles de la sensibilité sont essentiellement capricieux et dans leur disposition et dans leur persistance, mais cependant ils n'affectent jamais la répartition des troubles sensitifs radiculaires ou tronculaires.

L'étude du malade couché nous a montré que la coxopathie hystérique était caractérisée essentiellement par « des contractions musculaires des membres inférieurs accompagnés ou non d'attitudes vicieuses et de troubles de la sensibilité tout autant variables dans leurs modalités que dans leur étendue » [Rocher].

IV. — Radiographie. Chloroformisation.

Les signes cliniques nous semblent donc assez nets pour justifier le diagnostic d'une contracture pithiatique et éliminer la nature purement organique d'un syndrome de coxalgie. Cependant, il sera bon de le compléter par d'autres modes d'investigations.

La réaction à la tuberculine n'a pas d'intérêt pratique; à partir de 4 ou 5 ans, la majorité des enfants y réagiront positivement, quelle que soit la lésion traumatique ou non pour laquelle nous les soignons. Les hystériques sont dans ce cas; ils peuvent parfaitement être tuberculeux ou le devenir.

La chloroformisation et la radiographie ont une toute autre importance.

Pendant longtemps, la chloroformisation a fait la base du diagnostic, car la contracture hystérique cède entièrement sous l'action du sommeil chloroformique; elle avait donné de précieux renseignements à Charcot et, d'après Gillesd et la Tourette

on devrait toujours y recourir. Dans une revue générale publiée en 1891 par la *Gazette des hôpitaux*, Plique démontre que, contrairement à ce qui se produit dans les affections organiques de la hanche, la jointure est libre de toute adhérence, indemne de toute lésion articulaire, mais il complète sa pensée en ajoutant que ce genre d'investigation n'est bon qu'à une phase avancée de la coxo-tuberculose.

Nous devons faire la même réserve, car Ollier, de Lyon, fait justement remarquer que dans les premières périodes de la coxalgie tuberculeuse les contractures disparaissent aussi complètement pendant la narcose chloroformique.

Dans les attitudes vicieuses de début, lorsque l'anesthésie aura fait tomber la contracture, les mouvements provoqués retrouveront aussi bien que dans l'hystérie leur amplitude normale. Nous ne pourrions donc rien conclure des résultats de l'anesthésie à ce moment-là, nous risquerions de méconnaître une coxalgie à son début.

Broca insiste aussi sur l'inutilité de l'anesthésie dans les formes vicieuses accentuées où tous les signes d'une coxalgie sont nets; il sera inutile de faire courir au malade les risques d'une anesthésie.

L'examen sous anesthésie (rachianesthésie ou chloroformisation) n'a actuellement, d'après le professeur Rocher, aucune valeur diagnostique. Le fait en est explicable facilement; avant l'avènement de la radiographie, nombre d'arthropathies de l'adolescence ou de l'âge adulte ne pouvaient être précisées et différenciées. La contracture cachait-elle un état pathologique de l'articulation? Si celle-ci était bloquée par la contracture, l'exploration ne pouvait s'appuyer que sur certains signes extérieurs qui manquaient du reste dans nombre d'arthropathies chroniques. La radiographie survint. L'absence de toute lésion osseuse (déformation, ulcération, décalcification, élargissement ou pincement de l'interligne) doit évidemment éveiller l'attention du chirurgien et le guider vers l'affection purement fonctionnelle pythiatique.

Donc, la radiographie a tous les avantages sur l'anesthésie,

supprimant pour le malade les inconvénients de la chloroformisation qui ne peut agir favorablement que par le choc émotionnel et à l'occasion de la cure psychothérapique qui la suivra immédiatement. Évidemment, lorsque les lésions tuberculeuses sont localisées à la synoviale ou même au début des lésions osseuses, les altérations peuvent passer inaperçues à la radiographie. Des radiographies faites à différentes époques pourront susciter l'idée de sa nature pithiatique, si aucune modification de structure ne se produit dans l'articulation. La radiographie stéréoscopique, dans ces cas difficiles, pourrait fournir un appoint diagnostique non négligeable.

Si l'on songe que les coxopathies hystériques sont infiniment moins fréquentes que les coxalgies organiques que nous avons malheureusement l'occasion de rencontrer à chaque instant, on comprendra que l'erreur de diagnostic puisse se produire. La coxopathie hystérique appartient à ce groupe d'affections faciles à diagnostiquer en elles-mêmes, mais qui déroutent plus d'un praticien, s'il n'y a pas pensé.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite).

Due à l'obligeance de M. le professeur ROCHER et du docteur G. ROUDIL.

Coxopathie hystérique post-traumatique avec steppage et sans attitude vicieuse.

S... (Henri), apprenti électricien, âgé de 19 ans, vient consulter M. le professeur Rocher, le 4 octobre 1929, se plaignant de douleurs dans le genou et la hanche du côté gauche.

Son père et sa mère sont bien portants, un frère plus âgé a été ajourné au service militaire pour déficience physique.

Le 28 août 1928, ce jeune homme, étant à son travail sur une route, a été contusionné par l'aile d'une voiture automobile au niveau de la hanche et du genou gauches.

Il se relève seul aussitôt après l'accident, mais retombe; il est alors transporté à l'hôpital d'Orthez. Une radiographie de la hanche ne montre pas de fracture. Le malade se plaint de douleurs au niveau du genou et de la hanche gauches et boite légèrement; la marche est cependant possible avec une genouillère.

On fait à ce moment-là, durant le séjour de six mois à Orthez, des pointes de feu sur le genou gauche, ainsi que des applications d'air chaud.

Transporté à l'hôpital de Pau, on ne trouve rien d'anormal au niveau de la hanche. Il revient peu après à Orthez et de là est envoyé à Bayonne, où on fait le diagnostic de coxalgie avec épanchement de synovie du genou gauche.

Il est hospitalisé à Bidard pendant sept mois; au bout du cinquième mois, on pratique quelques massages de l'articulation coxo-

fémorale et du genou gauches. Le diagnostic de coxalgie est reformé; il n'y a aucune lésion organique.

Le malade revient chez lui, et c'est alors que, boitant toujours, il vient, sur les instances de son docteur, consulter M. le professeur Rocher, le 4 octobre 1929.

L'examen montre un jeune homme bien constitué et bien musclé; son membre inférieur gauche est raide; cependant, au commandement, il peut se fléchir sur les genoux et sur les articulations coxo-fémorales, prenant aisément la position accroupie; il se relève tout seul sans aucun aide, mais avec une certaine gêne.

L'examen des membres inférieurs montre qu'il existe une légère atrophie de la cuisse gauche, comparativement à la droite; cependant la musculature est encore bien conservée et très puissante, ce jeune homme ayant fait beaucoup de sport auparavant.

Il ne présente pas de ganglions inguinaux ni rétrocruraux, à droite ni à gauche. Pas de trépidation épileptoïde du pied ni de clonus de la rotule; pas de limitation des mouvements de flexion du genou, ainsi que de l'articulation coxo-fémorale gauche; les mouvements d'abduction et d'adduction sont également normaux; l'abduction, en particulier, paraît même plus étendue que du côté sain; cependant une légère contracture apparaît d'une façon intermittente quand on fait exécuter passivement ces mouvements.

Légère hyperesthésie segmentaire à la piqure au niveau de la cuisse gauche.

Pendant la marche, le malade steppes légèrement de son pied gauche.

Dès notre premier examen, nous instituons un traitement psychothérapique intensif: pratiques de gymnastique suédoise, d'éducation physique dans une société sportive, sous la direction d'un moniteur; traitement électrique, pointes de feu, ventouses, thérapeutique en feux croisés appliquée sur toutes sensations de fatigue, de douleur, d'engourdissement dès qu'elles sont accusées par le patient.

La suggestion agit intensément sur lui, car loin de lui est la pensée de bénéficier de l'accident dont il a été victime; il est convaincu qu'il guérira et restera guéri, qu'il a eu une lésion légère, aujourd'hui

disparue, et que la minime séquelle va s'évanouir sous l'influence de notre traitement. Je lui fais voir et lui explique elle-même ce qu'il en est.

Nous ne lui avons pas dit, en effet, qu'il n'avait rien; nous l'avons assuré qu'il n'avait jamais eu de coxalgie; et que son état n'était que le résultat d'une trop longue immobilisation.

Le 24 octobre 1929, il eut une petite rechute de l'état douloureux de la hanche gauche. La contracture réapparut d'une façon marquée.

Sous une nouvelle offensive de notre thérapeutique, la gêne fonctionnelle s'évanouit en deux jours.

Revenu chez lui le 10 novembre, il fait l'étonnement de ceux qui l'ont connu infirme. Le prêtre, qui dirige le patronage dans lequel il faisait du « rugby », crie au miracle. Il reprend le jeu de la pelote, le sport et son métier d'électricien.

OBSERVATION II (Inédite).

Dûe à l'obligeance de M. le professeur RUCHER.

Coxopathie hystérique post-traumatique sans attitude vicieuse.

Luc (Fernande), âgée de 13 ans, vient, en 1902, consulter le professeur Piéchaud parce que, étant tombée quelques jours avant de sa hauteur sur les fesses, elle ressent des douleurs à la hanche gauche et de la gêne à la marche.

Son père a toujours joui d'une excellente santé, sa mère est très nerveuse.

L'enfant, nourrie au sein, n'a eu aucune maladie jusqu'à l'âge de 12 ans. A cet âge, elle ressentit un point de côté apparaissant de temps à autre, ainsi que des douleurs dans la hanche gauche qui gênaient la marche à tel point qu'elle trébuchait la jambe. Les douleurs de la hanche durèrent huit jours et disparurent par l'application de teinture d'iode.

A l'âge de 13 ans, croyant s'asseoir, elle tombe de sa hauteur sur les deux fesses. Elle n'a pas eu sur le moment d'émotion violente ni de secousse nerveuse. Elle se relève et marche en boitant un peu pendant quinze jours, puis la boiterie augmente et des douleurs vives apparaissent dans la hanche. Sur les conseils de son médecin,

elle garde le repos au lit; mais au bout de dix jours, ayant essayé de se lever, elle constate que la claudication [et la difficulté de la marche ont augmenté. Deux jours après, elle vient consulter le professeur Piéchaud, un mois environ après la chute.

Cette fillette paraît bien portante; cependant, sa mère prétend qu'elle a pâli et a maigri depuis un mois et que, pendant qu'elle était alitée, elle a eu à différents moments, la nuit, de la fièvre et des sueurs. Tous les appareils pulmonaire, cardiaque, digestif, sont sains. Elle mange bien et avec appétit.

A l'inspection de la hanche, on ne note aucune rougeur, bien qu'après la chute il y ait eu une large ecchymose au-dessus du trochanter, aucune tuméfaction de la région fessière ou antérieure de la cuisse gauche.

Dans la position debout, immobile, le membre ne présente pas d'attitude vicieuse. La marche est difficile, douloureuse, ne peut se faire qu'avec l'aide d'une canne. L'enfant porte précautionneusement la jambe malade en avant et l'appuie doucement sur le sol, la jambe droite se porte immédiatement derrière la jambe gauche qui vient de s'avancer d'un pas.

Toute la région périrochantérienne, tous les muscles fessiers et ceux de la partie supérieure de la cuisse sont douloureux à la palpation.

Cette douleur est diffuse.

Pas d'atrophie musculaire, ni de ganglions.

Les mouvements d'extension et de flexion de la cuisse sur le bassin sont faciles avec leur amplitude quasi normale. Le mouvement d'adduction est difficile ainsi que l'abduction qui est très douloureuse.

La recherche des troubles de la sensibilité nous montre une légère hyperesthésie en certains territoires du membre, mais à disposition très irrégulière; on trouve de la névralgie dans la zone du fémoro-cutané.

Les mensurations de la cuisse nous donnent comme circonférence 36 centimètres à gauche, 37 centimètres à droite; la distance de l'épine iliaque à l'extrémité inférieure du fémur est égale des deux côtés.

En présence de cette malade, on élimine les diagnostics de luxation, de fracture, de coxalgie. Il n'y a pas de douleurs à la pression ou à la percussion du grand trochanter, mais seulement des douleurs musculaires, et on pense à des troubles d'origine hystérique.

Un examen général nous montre de nombreux stigmates de cette affection.

Le traitement psychique amène rapidement une guérison complète.

OBSERVATION III (inédite).

Due à l'obligeance de M. le professeur ROCHER et du docteur G. ROUBIL.

Coxopathie hystérique avec légère attitude vicieuse.

R... (Violette), employée de bureau, âgée de 20 ans, vient, au mois de juillet 1928, consulter M. le professeur Rocher pour des douleurs de la hanche gauche.

Elle présente dans ses antécédents un père atteint d'affection pulmonaire. Sa mère, bien portante, a eu six enfants vivants; un est mort d'affection pulmonaire.

Cette jeune fille a eu dans son enfance une bronchite et la rougeole. Réglée à 13 ans, elle est depuis restée toujours malade.

En novembre 1923, elle fait une pleurésie et présente quelques ganglions inguinaux gauches.

En décembre 1927, nouvelle pleurésie, non ponctionnée, qui s'accompagne de réaction péritonéale; elle garde la glace sur le ventre pendant trois semaines. C'est à ce moment qu'elle commence à se plaindre de la hanche gauche.

Le membre inférieur gauche paraît raccourci; elle est mise en extension continue jusqu'au mois d'avril. Elle continue chez elle ce traitement jusqu'en juillet 1928, époque à laquelle elle vient à la consultation de M. le professeur Rocher.

Cette jeune fille, bien proportionnée, au teint un peu pâle, se présente à nous avec :

1° Un raccourcissement apparent du membre inférieur gauche résultant de l'élévation à gauche du bassin. En effet, la mensuration des deux membres inférieurs, de l'épine iliaque antéro-supé-

rieure aux malléoles, donne les mêmes chiffres à gauche et à droite;

2° Une claudication assez accentuée: à gauche rendant la marche impossible sans l'aide de béquilles;

3° Une attitude vicieuse du pied gauche en position d'équin avec un léger varus.

La palpation provoque une douleur vive, diffuse, au niveau de l'articulation coxo-fémorale gauche et elle nous montre une contraction de tous les muscles de la région fessière et de la racine de la cuisse.

L'examen de la sensibilité révèle des troubles d'anesthésie marqués au niveau de la cuisse gauche; il existe du clonus de la rotule et une trépidation épileptoïde du pied.

La radiographie du bassin ne décèle aucune lésion osseuse au niveau de la tête fémorale et du cotyle gauche. L'image de l'articulation gauche est identique à celle du côté droit.

On porte le diagnostic de coxopathie hystérique et on institue aussitôt un traitement psychothérapique que l'on associe à l'extension continue pendant quelque temps, la nuit seulement. On note bientôt une amélioration légère, une diminution des douleurs; la malade se lève, mais marche encore assez difficilement.

L'amélioration fonctionnelle va progressant, la marche devient de plus en plus régulière et normale, le raccourcissement apparent disparaît, ainsi que la limitation des mouvements et les contractures.

En mars 1929, la malade se plaint à nouveau de douleurs au niveau de sa hanche gauche; on fait une nouvelle offensive psychothérapique avec pointes de feu et pilules de bleu de méthylène, ainsi que de l'héliothérapie. Cette thérapeutique a un effet remarquable, les douleurs diminuent rapidement; la marche devient normale, la station unijambière possible; le raccourcissement a totalement disparu; le pied est en position correcte.

Le 30 mars 1929, elle quitte le service.

Cette malade a été revue au mois de juillet; elle marchait très correctement, se plaignait de souffrir très légèrement aux changements de temps, mais elle avait repris son travail.

En octobre, elle présentait un excellent état général, ne ressentait plus aucune gêne à la marche. Pour consolider le traitement, on lui fait encore de temps à autre quelques pointes de feu.

OBSERVATION IV (inédite).

Due à l'obligeance de M. le professeur ROCHER et du docteur G. ROUDIL.

**Coxopathie hystérique post-traumatique avec attitude vicieuse
exagérée. Pathomimie consciente.**

H... (Fernande), cultivatrice, âgée de 16 ans, vient, au mois de juin 1929, consulter M. le professeur Rocher parce qu'elle boite et qu'elle souffre beaucoup de la hanche droite.

Elle ne présente rien d'anormal dans ses antécédents personnels et héréditaires, mais elle a *une cousine qui est boiteuse*.

La malade raconte que le début de sa maladie remonte au mois de mars 1927. A cette époque, elle [fit une chute de bicyclette et aurait présenté, dit-elle, un mois après, des abcès à la jambe, au genou et à la face postérieure de la cuisse du côté droit, dont on ne voit aucune cicatrice. Elle fut soignée pendant quatre mois au dispensaire de Tarbes, puis à l'hôpital; c'est alors qu'elle commença à souffrir de tout le membre inférieur droit et particulièrement de la hanche. Ces douleurs, qui rendaient la marche difficile, cessaient par le repos au lit.

Pendant son séjour de six mois à l'hôpital, ses abcès guériront, mais la marche ne s'améliora pas.

Après huit jours passés chez elle, la malade revint à l'hôpital pour laryngite; on lui fit des examens de crachats : positif une première fois, négatif la seconde. On soigna sa hanche par des frictions, mais elle souffre toujours. Ce traitement fut continué chez elle pendant deux mois sans résultat; c'est alors qu'elle revint à l'hôpital pour appendicite dont elle fut opérée. Les suites opératoires furent bonnes, elle quitta l'hôpital, mais elle y revint peu après pour sa hanche droite.

Mise en extension continue pendant deux mois sans aucune amélioration, elle est alors adressée à M. le professeur Rocher.

Cette jeune fille, très développée pour son âge, se présente à nous avec un embonpoint assez marqué. Son facies est bouffi et légèrement vultueux; son intelligence paraît minime et elle répond avec réticence aux questions posées.

Dans la station debout, elle prend une attitude hanchée sur le côté droit malade. Le bassin est incliné à gauche, l'épine iliaque antéro-supérieure de ce côté étant à un niveau inférieur par rapport à l'épine iliaque du côté droit (Fig. 1 et 2).

De ce fait, le membre sain (côté gauche) est en flexion, la jambe sur la cuisse, la cuisse sur le bassin.

Le membre malade (côté droit) est en extension, le pied reposant à plat sur le sol, la pointe légèrement en dedans. Le haut du corps est incliné vers la droite.

Si on demande à la malade de mettre le membre inférieur gauche en extension, elle soulève en bloc le membre inférieur droit, le bassin étant toujours incliné vers la gauche. Il est impossible de rétablir la rectitude du bassin du fait de la contracture musculaire.

Dans cette attitude, la plante du pied droit est à 7 centimètres au-dessus du sol.

Durant la marche, il existe une claudication très accentuée, on a l'impression que la malade va tomber, le haut du corps subissant, du fait de la claudication, des mouvements oscillatoires d'une amplitude exagérée.

En position couchée, le bassin est toujours en position vicieuse, relevé du côté droit, abaissé du côté gauche. Cette inclinaison, par rapport à la ligne bi-iliaque horizontale normale, est de 30 degrés environ. La cuisse droite est en extension sur le bassin, en adduction légère et rotation interne. Le pied droit est alors en varus équin, tandis qu'au repos debout il reposait à plat sur le sol. Le membre inférieur gauche est en position normale d'extension.

La recherche des points douloureux est très difficile à cause des troubles de la sensibilité qui n'est limitée à aucun point précis.

Pas d'atrophie de la cuisse, ni du mollet droit, pas de ganglions inguinaux ni cruraux.

Il existe de la contracture des muscles :

1° De la ceinture pelvienne à droite, empêchant les mouvements passifs de l'articulation coxo-fémorale;

2° Du genou;

3° De l'articulation tibio-tarsienne.

Cette contracture n'est pas invincible; en distrayant la malade, on



FIG. 1.

FIG. 2.

Coropathie hystérique droite. — On remarque l'inclinaison du bassin à gauche, du corps à droite; la flexion du membre inférieur gauche, l'extension du membre inférieur droit et la position du pied droit à plat sur le sol.

arrive à faire fléchir le pied sur la jambe, la jambe sur la cuisse, la cuisse sur le bassin; on peut même mettre en abduction forcée tout le membre inférieur droit, corriger le varus et l'équin.

Le moindre contact sur toute la surface du membre inférieur droit détermine des douleurs intenses et fait crier la malade, mais si nous lui voilons les yeux, nous pouvons la piquer très profondément sans qu'elle accuse la moindre douleur. La sensibilité reparait au niveau de l'abdomen sur une ligne passant par l'ombilic; cette limite supérieure a été variable à chacun des examens qui furent pratiqués.

Les réflexes rotuliens sont exagérés des deux côtés. A droite, trépidation épileptoïde du pied.

La radiographie ne montre aucune lésion osseuse de la hanche droite, ni déformation, rien, en somme, de ce que l'on trouverait dans une coxalgie tuberculeuse évoluant depuis plusieurs mois.

Devant ce tableau clinique atypique et d'après l'évolution de l'affection, on porte le diagnostic de coxopathie hystérique.

Le traitement psychothérapique est aussitôt mis en œuvre et on y associe l'extension continue pendant plusieurs jours. Le résultat est peu satisfaisant; on décide alors, fin juillet, de placer sous anesthésie générale un appareil plâtré pelvi-pédieux qui restera quatre jours.

Dès le début de l'anesthésie, la contracture disparaît et on voit la malade effectuer toute une série de mouvements désordonnés avec le membre malade. On donne pendant quatre jours des pilules de bleu de méthylène qui doivent la guérir, lui dit-on, quand ses urines se coloreront en bleu; la malade, qui est très agitée, crie et pleure, s'arrache les cheveux... Ces crises se renouvellent pendant deux jours et cèdent à des hypnotiques.

Au quatrième jour, l'appareil plâtré est enlevé et aussitôt on voit le membre inférieur droit reprendre l'attitude vicieuse primitive. Il est impossible de faire exécuter le moindre mouvement si ce n'est par surprise ou en insistant beaucoup, et encore n'obtient-on qu'une ébauche du mouvement demandé.

La malade présente alors pendant quelques jours des crises hystériques manifestes avec chute, cris rauques, contorsions des membres supérieurs, grimaces; elle empêche ses compagnes de reposer et celles-ci s'apitoient sur son sort. Nous avons pu, témoin de deux

crises, les faire cesser chaque fois en pratiquant une compression énergique de l'utérus et des ovaires. Cette compression fut suivie d'un état de calme et d'hébétéude qui durèrent quarante-huit heures environ chaque fois. La compression des seins tentée antérieurement n'avait donné aucun résultat.

Le 25 juillet 1929, la malade est adressée à M. le professeur Abadie. Elle reste deux mois dans son service à l'Hôpital Saint-André.

Cette malade, nous a-t-il dit, ne guérira pas parce qu'elle ne veut pas guérir. Elle s'est habituée à sa maladie et s'en trouve très heureuse.

Ce n'est pas une hystérique simple, c'est une malade atteinte de pathomimie consciente. L'isolement en aura peut-être raison.

OBSERVATION V (inédite).

Due à l'obligeance de M. le professeur ROCHER et du docteur G. ROUDIL.

Coxopathie hystérique post-traumatique avec attitude vicieuse exagérée. Douleurs rachidiennes pithiatiques. Lésions pulmonaires associées.

J... (Yvonne), sans profession, âgée de 21 ans, entre au Sanatorium de Feuillas, dans le service d'orthopédie de M. le professeur Rocher, le 28 août 1928, envoyée par M. le docteur Piéchaud

Il y aurait 3 cas de tuberculose osseuse dans ses antécédents familiaux. Le père est mort de paralysie, la mère est malade, elle a eu huit enfants vivants et a fait trois fausses couches. Une sœur tousse beaucoup.

Née à terme, elle a été mise en nourrice.

Pendant sa jeunesse, elle était sujette aux bronchites et avait un caractère bizarre et changeant; elle n'a jamais eu de convulsions

En pension à la Légion d'honneur, à l'âge de 13 ans, elle est prise brusquement de douleurs dans la région dorsale du rachis et traitée pour rhumatisme; elle reste ensuite deux mois sans souffrir.

Des crises douloureuses, suivies d'amélioration, se succèdent pendant deux ans. Durant cette période, elle est traitée par l'immobi-

lisation au lit, puis par des corsets plâtrés. Elle séjourne dans divers sanatoria et présente dans cette période une crise douloureuse du coude droit, qui disparaît brusquement au bout du troisième jour.

En décembre 1922, elle fait une chute de sa hauteur et ressent immédiatement une vive douleur dans la hanche gauche; pendant une demi-heure, elle ne peut marcher. Trois jours après, souffrant toujours, elle est mise au repos au lit pour un mois. Lorsqu'elle se lève, la marche est pénible, douloureuse, le pied gauche est en position de varus.

Elle vient, en novembre 1923, à la consultation de M. le professeur Denucé. Une radiographie du bassin ne montre pas de lésions de la hanche gauche. On fait un corset plâtré pour traiter les douleurs rachidiennes.

En mars 1924, les douleurs de la hanche ont disparu, mais brusquement, en avril 1924, nouvelle crise douloureuse.

En août 1924, on remplace le corset par un appareil plâtré thoraco-pelvi-pédieux, immobilisant le rachis et la hanche, qu'elle conserve pendant quinze mois.

L'appareil devenant trop grand du fait de l'amaigrissement, la malade peut se mouvoir dans son plâtre; celui-ci est enlevé en octobre 1925; à ce moment, la hanche est ankylosée, dit la malade, mais elle n'a plus de douleurs, ni à la hanche, ni au rachis.

Le repos est prescrit et la marche autorisée en décembre 1925; aussitôt, les douleurs réapparaissent dans la hanche pour disparaître lorsqu'elle est envoyée dans un sanatorium; elle était simplement gênée pour marcher.

En juin 1926, elle quitte le sanatorium souffrant du genou gauche et de la hanche gauche; le rachis n'est pas douloureux; elle va dans un nouveau sanatorium qu'elle quitte en novembre 1926, avec le genou ankylosé en extension, dit la malade.

Elle souffre à nouveau du dos, et en janvier 1927, on fait un corset de cuir. Elle part dans un nouveau sanatorium où, après deux mois de repos, on lui fait faire de la gymnastique.

Les douleurs persistent toujours au niveau du rachis dorsal, de la hanche et du genou gauches. Le membre inférieur gauche, dit-elle, est raccourci et en rotation externe.

Comme elle tousse beaucoup, un examen des crachats est pratiqué; le résultat positif provoque son renvoi au sanatorium et elle entre, en novembre 1927, au Sanatorium Xavier-Arnozan, qu'elle quitte cinq mois après.

Elle fait un séjour à Arcachon; étant toujours dans le même état, elle revient à Bordeaux et est alors adressée par le docteur Piéchaud à M. le professeur Rocher, le 29 octobre 1928.

L'examen montre une jeune fille bien développée, au facies un peu bouffi, avec des cheveux roux, des taches de rousseur sur le visage.

Debout, la malade se présente le membre inférieur droit en extension, le bassin en position vicieuse, l'épine iliaque antéro-supérieure gauche étant à un niveau plus élevé que celle de droite, cela, par suite de la contracture musculaire, ce qui entraîne le fait suivant : le pied gauche ne touche le sol que par son extrémité, il se présente en position de varus équin. Le haut du corps, par compensation, est incliné vers la gauche.

La région coxo-fémorale gauche paraît plus globuleuse que la droite. L'angle de la taille du côté droit a disparu; à gauche, il existe comme un coup de hache au-dessus de la crête iliaque. Le pli fessier est plus élevé du côté gauche. Le sillon interfessier est oblique de haut en bas et de droite à gauche (fig. 3 et 4). Le membre inférieur gauche est en rotation interne et en extension sans abduction ni adduction.

La marche se fait difficilement, même avec une canne. On peut obtenir que la malade pose le pied à plat, mais elle ne progresse alors que péniblement et avec des oscillations très grandes de la partie supérieure du corps.

Du fait que l'articulation coxo-fémorale gauche est bloquée par la contracture, l'angle formé par le fémur et le bassin ne varie pas quand le membre inférieur gauche prend point d'appui sur le sol; pour que le bassin ne vienne pas en rectitude, la malade fléchit le genou droit.

En position couchée, elle présente les mêmes déformations que debout et se plaint de sa hanche gauche. La palpation montre une contracture de tous les muscles périarticulaires, ainsi que des muscles de la région de la taille. Tous les mouvements de la hanche gau-

che sont limités dans leur amplitude. Le pied peut être ramené en position correcte par des manœuvres appropriées.

Dès que celles-ci cessent, le pied revient en équinisme et l'on perçoit nettement la contracture des muscles de la loge postérieure de la jambe.

Les mouvements de flexion et d'extension du genou se font avec précaution et sans aucune vigueur. Il existe une légère douleur rachidienne un peu au-dessous de la ligne passant par la pointe des omoplates.

Pas de ganglions inguinaux, ni de ganglions rétrocruraux.

Il existe des troubles très nets de la sensibilité au niveau du membre inférieur gauche. La piqûre profonde donne à la malade l'impression d'un « chatouillement ».

Cette insensibilité s'étend aux deux membres inférieurs, à l'abdomen, à la partie supérieure du thorax jusqu'à une ligne passant par la fourchette sternale en avant et les angles inférieurs des omoplates en arrière.

Les réflexes rotuliens sont exagérés des deux côtés. Pas de trépidation épileptoïde du pied, pas de clonus de la rotule. Les réflexes plantaires sont abolis.

La malade se plaignant de la gorge, un examen est pratiqué par le docteur Philip qui répond : « Disphonie très marquée, dysphagie légère, pas de décoloration du voile, paralysie et très léger coup de pinceau de l'ary-aryténoïdien. »

Les radiographies, faites avant l'entrée de la malade dans le service, n'avaient rien décelé. De nouvelles radiographies ont montré l'intégrité des hanches et du rachis. Les clichés ne mettent en évidence ni pincement articulaire, ni décalcification, ni aucune altération osseuse, ce que l'on trouve dans une tuberculose osseuse en évolution.

La malade est tout d'abord traitée par l'extension continue qui ne donne aucune amélioration. On institue alors un traitement psychique avec pointes de feu, pilules de bleu de méthylène; on apprend à la malade à marcher correctement sans le secours de cannes.

Cette thérapeutique n'amène aucun résultat. Nous décidons alors de faire une chloroformisation après préparation psychothérapique.

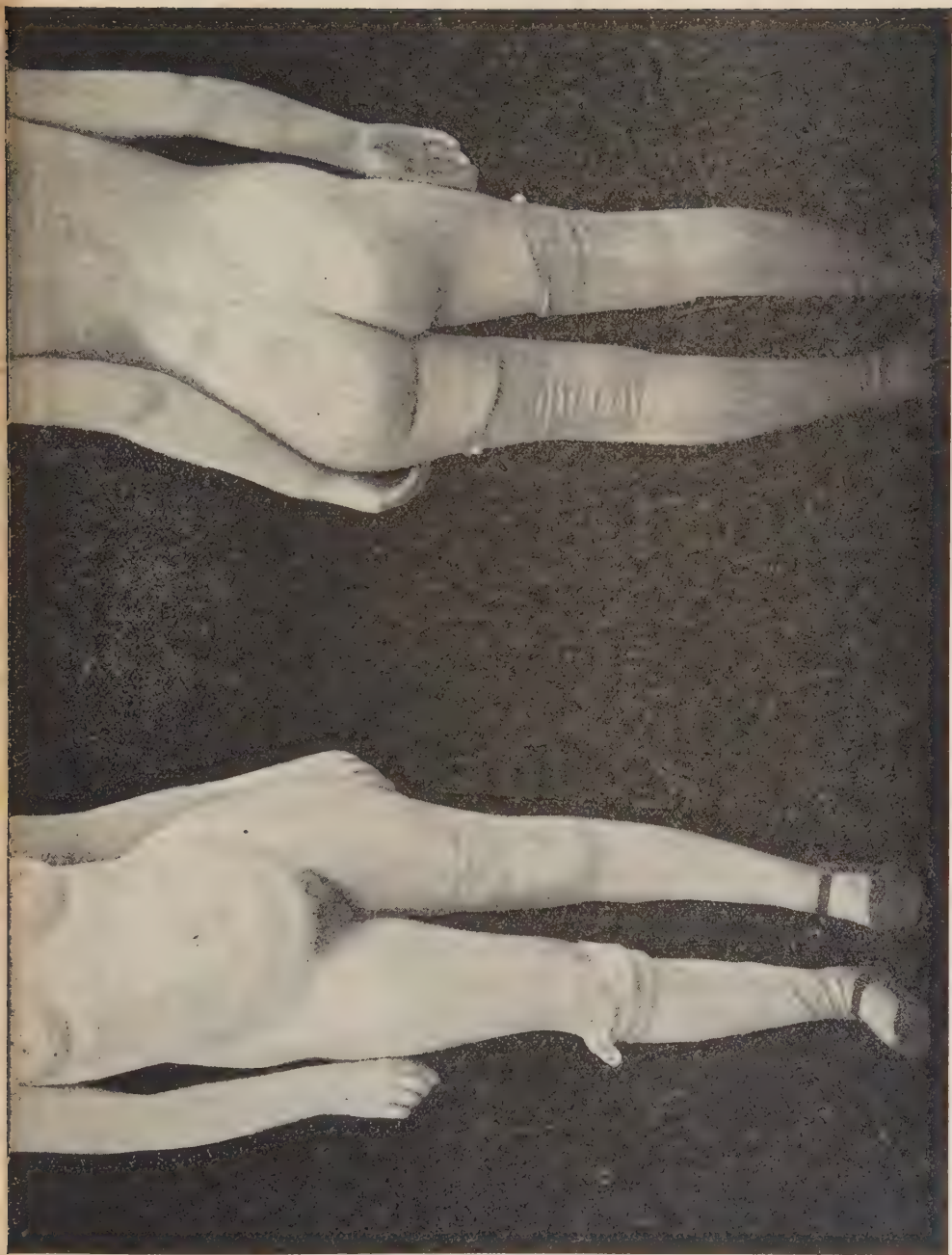


FIG. 3.

Coropathie hystérique gauche. — On remarque le membre droit en extension ; l'épine iliaque antéro-supérieure relevée à gauche ; l'inclinaison du corps à gauche, l'abaissement du pli fessier à droite ; le pied gauche en varus équim ne touche le sol que de la pointe.

FIG. 4.

On remarque le membre droit en extension ; l'épine iliaque antéro-supérieure relevée à gauche ; l'inclinaison du corps à gauche, l'abaissement du pli fessier à droite ; le pied gauche en varus équim ne touche le sol que de la pointe.

L'examen sous anesthésie montre une intégrité absolue de la hanche gauche. Dès la fin de l'anesthésie, nous voyons se reproduire sous nos yeux la position vicieuse et nous assistons à la reproduction des contractions musculaires.

La malade est mise en extension; elle se plaint toujours du rachis et de la hanche gauche.

Une nouvelle chloroformisation après simulacre d'intervention, application de teinture d'iode sur la région coxo-fémorale et d'un pansement, suivie d'une extension continue, n'amène pas de résultat.

Un nouvel examen pratiqué trois mois après, en octobre 1929, montre que les troubles de la sensibilité sont toujours les mêmes; il y a en plus une anesthésie pharyngée avec trémulation de la langue.

L'étude des mouvements des articulations coxo-fémorales montre que l'abduction abolie à gauche est aussi diminuée à droite n'atteignant que 15 degrés environ.

Si on insiste, la malade pousse des cris et résiste violemment.

La flexion de la jambe gauche sur la cuisse n'atteint que 45 degrés.

La marche est toujours aussi défectueuse.

Au début de novembre, brusquement, la malade fait deux hémoptysies d'importance assez considérable.

L'examen des crachats est positif, avec de nombreux bâcilles de Koch, et la malade est transférée dans le service du docteur Piéchaud où nous l'avons examinée tout récemment. Son état est toujours le même au point de vue de la hanche et du rachis. Elle refuse tout traitement au point de vue pulmonaire.

OBSERVATION VI (inédite).

Due à l'obligeance de M. le professeur ROCHER.

Coxopathie hystérique avec impotence fonctionnelle totale du membre inférieur droit.

M^{lle} X..., âgée de 15 ans, vient consulter M. le professeur ROCHER le 23 décembre 1928, pour impotence du membre inférieur droit avec phénomènes douloureux de la hanche droite.

Elle ne présente dans ses antécédents rien de très particulier, cependant sa mère a des troubles névropathiques (elle disait récemment « avoir deux orteils qui ne répondent plus »).

Dans ses antécédents collatéraux, il existerait des cas de tuberculose osseuse.

La petite malade est née à terme ; à l'âge de 6 mois, elle aurait fait une chute sur le côté droit. Elle a eu, dans son jeune âge, quelques bronchites, la diphtérie, la coqueluche, la grippe et une crise de rhumatisme articulaire.

Elle a été également atteinte de crises entéritiques et de crises acétonémiques, serait sujette à la constipation et manquerait d'appétit.

Sa mère nous apprend qu'elle a aussi un passé nerveux intéressant : « C'est une nerveuse à froid, dit-elle..., elle sent les choses sans en rien faire paraître... Un jour, dans une église, au cours de la messe, elle fait une chute sur le sol. Revenue à elle, elle me répond qu'elle se demandait bien pourquoi M. le Curé dansait sur les marches de l'autel, mais comme il ne fallait pas se plaindre, elle n'avait rien dit. »

Elle fut réglée à 11 ans ; ses périodes menstruelles ont toujours été douloureuses et elle présente des pertes blanches.

La croissance s'est faite normalement (54 kilos à 13 ans).

Soignée à l'âge de 12 ans pour troubles oculaires, elle présente depuis de violents maux de tête. Elle a été aussi traitée pour appendicite et pour entérite.

Il y a environ dix-huit mois que la malade souffre de la hanche droite, mais particulièrement aux changements de temps, dit-elle. Malgré cela, elle a pu continuer ses études et se rendre tous les jours à pied à la pension, faisant ainsi vingt minutes de marche matin et soir.

Elle fait plusieurs chutes et une, en particulier, sur le dos qui lui provoque des souffrances atroces. Pendant cette période, elle dit avoir ressenti des « phénomènes bizarres aux mains et à la plante des pieds ». Un jour qu'elle était juchée en haut d'un cèdre, « elle aurait perdu l'usage de ses jambes » (?) pendant quelques instants, mais ne serait pas tombée.

En juillet 1928, crise abdominale douloureuse avec douleurs violentes au niveau de la hanche droite. L'examen n'y révéla aucune lésion.

En septembre, une radiographie aurait montré une décalcification du col du fémur droit, on parle de vertèbres effacées. La malade s'alite à ce moment pour une « crise rhumatismale des épiphysés (?) » souffrant des bras et des jambes. La douleur disparaît au niveau des bras et se localise dans les membres inférieurs, principalement du côté droit au niveau des articulations (hanche, genou, pied) qui présentent quelquefois un gonflement léger. Elle aurait eu également « de petites bosses aux jambes et aux bras et des « feux » sur tout le corps accompagnés de palpitations », nous dit la malade.

La température, pendant cette période, n'a pas dépassé 37°8.

Une deuxième radiographie, le 13 décembre, aurait montré une aggravation des lésions. Elle avait également des crises de contracture survenant le soir, vers 5 heures. La hanche se raidissait. Attitude vicieuse du pied. Puis ça passait, mais elle souffrait tout le temps. Après trois mois de repos au lit, la malade constate qu'elle va plus mal et que ses douleurs sont toujours aussi intenses; c'est alors qu'elle vient consulter M. le professeur Rocher, le 23 décembre.

La malade est amenée à la maison de santé sur un brancard dans un état d'impotence fonctionnelle absolue. Il est absolument impossible de faire lever la malade qui prétend souffrir beaucoup de la hanche droite, de la fosse iliaque droite et des muscles de la ceinture lombaire.

Pas d'attitude vicieuse. Pas de contracture ni de défense articulaire.

L'examen de cette malade est rendu très difficile du fait de l'état de gravité dans lequel elle croit se trouver. Elle présente une hyperesthésie marquée de la région abdominale et du membre inférieur droit, manifeste surtout au niveau de la cuisse.

Ayant gagné la confiance de la malade, on peut se rendre compte qu'il n'y a pas de limitation des mouvements de l'articulation coxo-fémorale et que « le signe de la clef » est négatif.

Quand on la palpait, elle souffrait horriblement des genoux et des hanches; quand on lui faisait fermer les yeux, elle n'avait rien;

quand on la prenait brusquement, elle souffrait, poussait des cris; lorsqu'on détournait son attention, on pouvait arriver à fléchir son articulation.

Devant ce tableau clinique, ces alternatives de douleurs et d'impotence, ces troubles de la sensibilité, nous portons le diagnostic de coxopathie hystérique.

La malade, présentant à ce moment-là des troubles gastro-intestinaux, est mise à la diète hydrique en même temps que l'on met en œuvre un traitement psychothérapique. Traitement électrique deux fois par jour, et tous les deux jours, bains sulfureux, air chaud.

Les progrès sont très rapides, la malade reprend confiance et nous assistons à la reprise des mouvements et à la disparition des douleurs, en somme, à une véritable résurrection comparativement à l'état dans lequel elle nous avait été présentée qui pouvait faire croire à une lésion organique en évolution aiguë.

M. le professeur Rocher va la visiter à domicile pendant un mois; elle circulait et venait faire de la gymnastique suédoise rue Judaïque.

11 janvier 1929 : Elle est actuellement complètement guérie et a repris ses études.

DIAGNOSTIC

Comme on a pu s'en rendre compte par l'étude détaillée des divers symptômes que l'on rencontre dans une coxopathie hystérique, il est difficile d'établir d'emblée un diagnostic positif sûr. On ne peut se baser sur aucun signe appartenant en propre à cette affection, ni sur aucun signe constant, mais plutôt sur un ensemble de faits, de manifestations atypiques de la lésion organique simulée par le coxalgique pathomime.

Nous ne voulons pas revenir ici sur l'étude détaillée que nous avons faite de cette maladie et de ses signes; nous retiendrons seulement que, d'une façon générale, le diagnostic de la nature hystérique d'une coxopathie sera basé sur l'excentricité et l'atypicité des divers symptômes, soit dans leur apparition, soit dans leurs caractères, et sur le contraste entre leur intensité et la conservation d'un assez bon état général. Enfin, notre diagnostic sera confirmé par des considérations sur l'évolution de la maladie et surtout par le contrôle de la radiographie.

En faisant à nos sujets des examens attentifs et renouvelés, nous pourrons leur éviter les inconvénients d'une erreur et nous ne risquerons pas de maintenir pendant des mois et même des années dans des appareils d'immobilisation des malades qu'on aurait pu guérir en quelques jours.

Mais il ne faut pas oublier qu'une coxopathie hystérique, par ses signes et ses manifestations plus violentes, peut dissimuler une vraie coxalgie en évolution. Il faudra alors savoir, sous les symptômes nerveux, trouver les lésions tuberculeuses. Le diagnostic est plus méticuleux; à l'examen clinique nous trouverons des points douloureux fixes, répondant à la lésion

de l'atrophie musculaire des ganglions inguinaux et cruraux ; enfin l'état général sera beaucoup plus atteint. La radiographie confirmera notre diagnostic.

La possibilité d'une arthrite aiguë pourra aussi attirer notre attention, mais nous éliminerons facilement cette idée, car elle est toujours accompagnée d'une élévation de température et de signes locaux que l'on ne trouve jamais dans les contractures hystériques.

Malgré les multiples formes par lesquelles se manifestera une coxopathie hystérique, nous pourrions toujours la reconnaître par son excentricité et par le contraste de ses manifestations avec celles d'une lésion organique.

TRAITEMENT

Il est celui de toutes manifestations du même ordre. C'est à l'état mental de l'hystérique, à son impressionnabilité particulière qu'il faut s'adresser. Babinski a défini la coxopathie hystérique une maladie produite par suggestion, disparaissant sous l'influence de la persuasion seule. Elle nous indique la conduite à tenir.

Inspirer d'abord la confiance à l'hystérique.

Cette confiance obtenue, il nous sera facile de lui suggérer, « en se donnant au besoin un air de thaumaturge », comme dit Broca, qu'il peut et doit guérir. Éviter de lui laisser croire que son état nécessite un long traitement; mais, au contraire, lui persuader que, grâce à telle ou telle méthode, ses troubles disparaîtront dans un délai relativement court.

De ces méthodes, nous ne pouvons en conseiller aucune particulièrement. Elles varieront suivant chaque malade; ce qui réussit chez l'un ne réussit pas chez l'autre, aussi le médecin devra-t-il lutter d'ingéniosité pour trouver la meilleure façon de l'impressionner.

Les pointes de feu, la gymnastique, le massage, l'épreuve du bleu de méthylène, etc., sont autant de moyens que nous conseille M. le professeur Rocher et qui ont fait leurs preuves, comme le montrent les observations que nous rapportons. La chloroformisation, dont nous avons vu l'intérêt diagnostique, a

aussi une utilité thérapeutique notable et doit être mentionnée comme un moyen rapide de guérison en laissant croire au malade qu'on la fait dans le but de la guérir par une intervention.

L'électricité, en déterminant la contraction des muscles et des segments de membre que le malade croyait complètement paralysé, a une influence psychique considérable. C'est un des moyens que conseille M. le professeur Perrens.

On nous cite des cas où une contracture hystérique a pu être guérie en quelques instants; il ne faut pas en conclure qu'il faille en attendre autant de tous nos malades. Le plus souvent, les résultats obtenus ne sont que passagers. Nous risquerions, par des méthodes trop rapides et trop brusques, de perdre la confiance de notre malade trop persuadé que ses troubles ne disparaîtront pas de si tôt.

L'entourage du malade est le plus souvent un auxiliaire dangereux; s'il s'apitoie sur son sort, il consolidera dans son esprit l'idée de son mal; mais il peut être aussi d'un grand secours s'il sait le distraire, lui éviter les ennuis, les émotions et l'empêcher de songer à son mal, chose que l'hystérique fait tout le temps.

La guérison peut être cependant très difficile pour ne pas dire impossible à obtenir. Tel est le cas que nous rapportons (Obs. V) où notre petite malade est trop influencée par son entourage, par sa bacillose pulmonaire, par son affaiblissement et son mauvais état général, pour qu'il soit possible d'instituer sur elle un traitement psychique efficace.

De même, la guérison sera très difficile à obtenir chez des malades depuis longtemps coxopathiques qui, de simulateurs inconscients, seront devenus des simulateurs conscients dans un but parfois utilitaire ou simplement pour se rendre intéressants, comme l'avouait Fernande H... dont nous rapportons l'observation. De mythomane inconsciente, elle était devenue pathomime consciente. L'isolement est le seul traitement que nous a conseillé M. le professeur Abadie.

Il faudra soigner l'état général; dans la plus grande partie

des cas, on a affaire à des sujets affaiblis, il faudra les fortifier, lutter contre leur nature nerveuse par l'hydrothérapie; la gymnastique, le massage, rendront encore là de grands services.

Mais on ne saurait trop répéter que c'est à l'esprit avant tout que doit s'adresser notre traitement, seul moyen nécessaire d'obtenir des résultats. « A maladie psychique, traitement psychique », variable suivant la mentalité du malade.

CONCLUSIONS

I. — Les « coxopathies hystériques », autrefois dénommées « coxalgies hystériques » ou « pseudo-coxalgies hystériques » se présentent sous des aspects variables.

II. — Elles sont caractérisées essentiellement :

a) Par des contractures musculaires des membres inférieurs accompagnées ou non d'attitudes vicieuses et de troubles de la sensibilité tout autant variables dans leur modalité que dans leur étendue ;

b) Par l'absence de toute lésion organique, à moins qu'il s'agisse de formes mixtes « hystéro-organiques », auquel cas la lésion a amené et fixé le dérangement fonctionnel.

III. — Ces malades sont des « pathomimes ». Ils imitent imparfaitement les affections organiques de la hanche.

IV. — Le traumatisme est la raison qui, le plus souvent, cristallise dans ce milieu psychique si particulier qu'est le terrain hystérique, l'état fonctionnel anormal.

V. — La radiographie est importante pour confirmer le diagnostic, la chloroformisation trouvant son intérêt et son utilité dans les formes mixtes.

VI. — L'évolution de la maladie varie suivant les influences psychiques extérieures et la valeur de la thérapeutique utilisée,

cette valeur étant surtout conditionnée par la foi que le patient a dans le thérapeute et par la ténacité de celui-ci.

VII.— Le traitement psychique doit être consolidé par toute une série de traitements adjuvants (électricité, massage, rééducation, bains, éducation physique, etc...) qui s'attaquent à chacun des éléments de la manifestation hystérique.

Vu : *Le Doyen,*
G. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
H.-L. ROCHER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 11 décembre 1929.
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ASCHER. — Hysterische Kontraktüre nach leichtem Unfall, Ausgang in Heilung. *Zetschrift. f. Versicherungs med.*, Leipzig, 1912, V, p. 225-228.
- AXENFELD. — Traité des névroses. Paris, 1864.
- BRIQUET. — Traité de l'hystérie. Paris, Baillière, 1859.
- BROUSSEAU. — The effect of suggestion on a case of traumatic hysteria. *J. Abnorm-Psychol.*, Boston, 1922-1923, p. 346.
- BROCA. — La coxalgie hystérique. *Presse médicale*, 30 août 1911, n° 69, p. 697-701.
- BRETON. — La coxalgie hystérique. *Revue générale de chir. et de clin.*, Paris, 1897.
- BABONNEIX. — In maladie d'Hutinel, t. V, p. 811.
- CARRIÈRE et RINGUET. — Sur un cas de coxalgie hystérique. Société anat. de Bordeaux, 1897, séance du 19 juillet, p. 424.
- CESTAN et VERGER. — Précis de pathologie interne. Maladies nerveuses, t. IV. Paris, Steinheil, 1907.
- CHABÉ. — Sur un cas d'hystéro-traumatisme. *Gazette hebd. des sciences médicales*, n° 21, 25 mai 1924, p. 330.
- COULSON. — Hysterical affection of the hip point. *London Journal of med.*, 1851.
- CHARCOT. — Leçons. Maladies du système nerveux. Paris, 1892, t. I, p. 122.
- DÉJÉRINE. — Séméiologie des affections du système nerveux. Paris, Masson, 1914.
- FAITOUT. — Coxalgie hystérique. *Revue intern. de méd. et de chir.*, 1893, n° 20, p. 385.
- FÉNOLHAG. — La coxalgie hystérique. Thèse Paris, 1910.

- GILLES DE LA TOURETTE. — Traité de l'hystérie. Chapitre X : La diathèse de contracture, p. 382-483. Paris, Plon, 1891.
- Les arthralgies hystériques. *Bull. médical*, Paris, 1891, p. 1007-1011.
- GIRALDÈS. — Maladies chirurgicales des enfants. Paris, 1865.
- HIGGINS. — A case of hysterical contracture of elbow-joint. *London Journal*, 1923. IX. p. 151.
- HESNARD. — Les syndromes névropathiques. Paris, Doin, 1927 (Bibliothèque des grands syndromes, Roger, directeur).
- HEUGER. — A propos de l'hystérie infantile. *Gazette hebdomadaire de Soc. de méd. de Bordeaux*, séance du 14 décembre 1924, n° 50, p. 794.
- LARROUSSINIE. — La coxalgie hystérique. *Bull. de Soc. de méd. de Bordeaux*, 1895, p. 373.
- MARCHANT et MIGNOT. — Lésions musculaires dans un cas de contracture d'origine psychique. *Bull. de Soc. anat. de Paris*, 1923, XCII, p. 685-687.
- MOUCHET et ROEDERER. — Syndrome de contracture sacro-lombaire chez des enfants. *Bull. de Soc. de pédiatrie de Paris*, séance du 17 avril 1928, p. 183.
- CESTAN. — Le diagnostic de la contracture hystérique et de la contracture spasmodique par lésions de la voie pyramidale. *Archives médicales de Toulouse*, 1899, t. V, p. 153-177.
- CIUFFINI. — Contributo clinico allo studio delle contracture isteriche generali. *Gior. di med. mil.*, Roma, 1911, LXIV, p. 930-936.
- LEHMANN. — Beitrag zum Kapitel hysterische Kontrakturen. *Zentralblatt. f. chir. med. orthop.*, Berlin, 1914, t. VIII, p. 131-134.
- NIESSI VON MAYENDORF. — Hysterische Kontrakturen nach schussverletzung. *Deutsche Zeitschrift. f. Nervenhe.*, Leipzig, 1918-1919, LXIII, p. 69-76.
- WILBOUCHEWITZ (M^{me} N.). — Scoliose hystérique. *Bull. de Soc. de pédiatrie de Paris*, 20 novembre 1928, n° 9, p. 467.
- ROBERT. — Conférence clinique chirurgicale, 1860.
- SNEY. — Hysteria local on surgical forms of hystery. London, 1867.
- SCHULTZ. — Hysterische Kontraktur. *München med. Wochenschrift.*, 1920, LXVII, p. 201.

SOUQUES. — Contractures ou pseudo-contractures hystéro-traumatiques. *Revue de neurol. de Paris*, 1914, XXII, p. 430.

VERNEUILH. — Coxalgie hystérique. *Bull. de Société impériale de chirurgie de Paris*, 1865, 2^e série, t. VI.

WYLLIE. — Treatment of hysterical disorders in children. *Lancet*, London, 1925, I, p. 301.

